



649301
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2018	4-Data de Autorização 10/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8905573	7-Data Validade da Senha 03/11/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202539560400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome EDJANE FERREIRA COSTA	14-Telefone 30/08/1985	15-Nome do titular do plano EDJANE FERREIRA COSTA
----------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante UBIRATAN DE SOUZA COSTA JUNIOR	18-Número no CRO 14570	19-UF BA	20-Código CBO S 025
--------------------------	---	---------------------------	-------------	------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02595467123	22-Nome do Contratado Executante UBIRATAN DE SOUZA COSTA JUNIOR	23-Número no CRO 14570	24-UF BA	25-Código CNES 025
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------

26-Nome do Profissional Executante UBIRATAN DE SOUZA COSTA JUNIOR	27-Número no CRO 14570	28-UF BA	29-Código CBO S 025
--	---------------------------	-------------	------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Síntese/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	18	1	1	73,00	0,00	0,00	S	10/08/21		Ediane
2	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	28	1	1	73,00	0,00	0,00	S	10/08/21		Ediane
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/21		Ediane
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/21		Ediane
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/21		Ediane
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/21		Ediane
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento _/_/__/__	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2021,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2018, [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2018, [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/10/2018, Ediane Ferreira Costa	53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/10/2018, [Carimbo]
---	---	--	--

UBIRATAN DE SOUZA
COSTA JUNIOR
Clínica Geral
CRO - BA - 14570